

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Février 1898, à 1 heure.

PAR

G. LAURENT

Né à Paris le 18 mars 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÈCHE BILATÉRALE

DANS

LA GRIPPE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARIE et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

195

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Février 1898, à 1 heure.

PAR

G. LAURENT

Né à Paris le 18 mars 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PLEURÉSIE SÈCHE BILATÉRALE

DANS

LA GRIPPE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : MM. CHANTEMESSE, professeur.

MARIE et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
	{	POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
	{	HAYEM.
		DIEULAFOY
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des mala-		
dies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
	{	BEKKER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
	{	LE DENTU.
Clinique ophthalmologique		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires ..		PANAS.
Clinique d'accouchement	{	GUYON
		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au souvenir de ma Mère

A mon père

A mes Frères

A ma Sœur

A mes Amis

A mes Maîtres

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Debove

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Contribution à l'Etude de la Pleurésie sèche
bilatérale dans la Grippe*

AVANT - PROPOS

La grippe est une affection endémique en France depuis l'hiver 1889-1890. Connue depuis très longtemps, elle s'est présentée jusqu'à cette époque, avec un cortège de symptômes toujours nouveau, chaque épidémie revêtant, suivant l'expression de H. Gintrac « un cachet emprunté aux circonstances sous l'influence desquelles son développement s'effectuait. »

Cette allure irrégulière semble vouloir se compliquer encore, depuis deux ans environ, d'une manifestation spéciale du côté de l'appareil respiratoire et non décrite jusqu'ici. En effet, il n'est pas rare, depuis la fin de l'année 1895, de voir la grippe s'accompagner d'un type particulier de pleurésie sèche bilatérale qui a été signalé pour la première fois, par

M. le Docteur Morel-Lavallée dans sa communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 27 novembre 1897. Il nous a paru qu'il serait intéressant de compléter sur ce point l'histoire clinique de la maladie et c'est dans ce but que nous nous sommes livré à l'élaboration de ce modeste travail.

A ce propos, nous ne saurions trop remercier M. le Docteur Morel-Lavallée, médecin des Hôpitaux, qui a bien voulu nous prodiguer ses conseils si autorisés sur ce sujet et nous guider dans le choix des observations. Nos remerciements iront aussi, tout d'abord, à M. le Professeur Debove pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en acceptant la présidence de cette thèse. Qu'il nous soit également permis d'adresser l'hommage de notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres dans les Hôpitaux pour le bienveillant appui qu'ils n'ont cessé de nous apporter pendant le cours de nos études : M. le Professeur Verneuil, M. de Saint-Germain, tous deux ravis trop tôt à la science, M. le Professeur Tillaux, M. Faisans, M. Landrieux, médecins des Hôpitaux, M. le Professeur Potain, M. le Professeur Cornil.

Notre dette envers eux ne peut être compensée que par la sincérité de notre affection.

HISTORIQUE

Des complications pleure-pulmonaires de la grippe

Il ressort de l'étude des différents travaux auxquels ont donné lieu les épidémies de grippe qui se sont succédées à intervalles plus ou moins réguliers, depuis 1580 environ jusques vers 1840, que la plupart des auteurs résumaient alors l'histoire clinique de la maladie dans l'existence de symptômes nerveux et surtout catarrhaux. — De plus, parmi les complications pulmonaires signalées, la pneumonie joue le premier et souvent l'unique rôle : c'est ainsi que Sydenham, vers 1675, signalant la gravité de la grippe qui sévit en Angleterre, insiste sur ses rapports avec les phlegmasies aiguës de la poitrine.

Plus près de nous, B. Landau, historien scrupuleux de l'épidémie de 1837, la plus terrible par son intensité et son étendue, intitule son Mémoire : « Sur la grippe de 1837 et sur la pneumonie considérée comme symptôme essentiel. » Sandras écrit : « De la

nature et du traitement de la pneumo-bronchite épidémique qui a accompagné la grippe. » Bulletin de thérapeutique, 1837. Piorry : « Caractères distinctifs des pneumonies pendant l'épidémie de grippe. » Gazette médicale de Paris 1837. Nonat, lui, signale que la pleurésie est avec la péricardite et le rhumatisme une complication extrêmement commune. Lepelletier, également, sur 200 observations de grippe à l'hôtel-Dieu en 1837, constate deux cas de pleurésie contre 25 de pneumonie.

De nos jours, les auteurs sont d'accord pour décrire des grippes graves à prédominance nerveuse, à prédominance thoracique, à prédominance abdominale ou mieux gastro-intestinale.

Comme complications thoraciques respiratoires, ils signalent, par ordre de fréquence : la pneumonie, la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire, la bronchite capillaire, la pleurésie séro-fibrineuse et, bien plus rarement : la pleurésie purulente et la gangrène du poulmon.

Mais, nulle part ne se trouve décrite ou même signalée la forme spéciale de pleurésie sèche bilatérale qui nous intéresse. Toutefois, le Dr Chatellier, dans sa thèse de 1880, relatant trois observations de pleurésie, signale deux cas de pleurésie sèche unilatérale que nous avons résumés, à la suite de nos observations personnelles.

Ce type nouveau ne lui est sans doute pas apparu

avec un ensemble de caractères bien nets, tels que ceux que nous allons décrire un peu plus loin, car il conclut que « les pleurésies grippales se font, en général, remarquer par le peu de fixité de leurs signes stéthoscopiques. » Baboun, dix ans après, complète cette étude et décrit des pleurésies grippales séro-fibrineuses, purulentes, sèches ; mais ces dernières lui paraissent « banales, se montrant d'ordinaire à la période moyenne de la maladie, accompagnant les poussées congestives simples de la plèvre ou épiphénomène dans le cours d'une lésion plus profonde du parenchyme. »

Le pronostic de ces formes sèches lui paraît bénin. La même année, Brocard décrit deux observations de pleurésie sèche, dans la grippe, mais toujours unilatérale. — Cependant, il reconnaît que, ainsi que les pleurésies séro-fibrineuses, les pleurésies sèches ne sont pas rares et peuvent être soit primitives, soit coexistantes avec d'autres manifestations broncho-pulmonaires plus ou moins graves, soit consécutives à une broncho-pneumonie ou à une pneumonie.

Bloch, dans le résumé de 450 observations de grippe épidémique, dit avoir rencontré la pleurésie sèche, quatre fois vers le huitième jour de la grippe, alors que la fièvre avait complètement cessé : ces pleurésies avaient pour caractère de disparaître très vite au bout de 4 jours. Une communication du Dr

Féréol, à l'Académie de médecine, à la séance du 20 février 1890, est également très intéressante à signaler. Parlant de l'épidémie alors en cours, il dit que « tout le monde a pu remarquer la fréquence et la violence particulière des points de côté. Ils lui ont paru présenter souvent un caractère de pleurodynie généralisée..... Ces points de côté étaient sujets à revenir dans la convalescence et tenaient l'esprit en éveil sur la possibilité d'une pleurésie ou d'une complication de la tuberculose. »

En 1891, Lugan observe que la plèvre ne devient plèvre pathologique que lorsque le poumon a déjà subi l'atteinte grippale. Cette opinion est partagée par M^{me} Miropolsky pour qui la grippe frappe la plèvre, seulement comme terme ultime de sa progression à travers l'appareil respiratoire.

Comme on peut le voir, il ne se dégage, de ces différentes études dont nous venons de résumer brièvement les conclusions, aucun aperçu complet qui puisse autoriser à faire de la pleurésie sèche dans la grippe, même unilatérale, une variété définie de complication respiratoire. Quant à la pleurésie sèche bilatérale, il faut en déduire qu'elle est bien une nouvelle manifestation proteiforme de la grippe. Nos observations viendront corroborer cette idée, depuis longtemps émise, que la grippe est perfide, sournoise, insidieuse et que, irrégulière dans son allure, elle

n'a jamais la marche cyclique des maladies derrière lesquelles elle se masque très souvent.

Nous établirons ainsi l'existence de la pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale, non pas en tant qu'épiphénomène, mais en tant que symptôme essentiel et parfois unique.



I

La grippe peut débiter brusquement. Elle apparaît alors avec un ensemble de symptômes si particuliers que, malgré leur nombre et surtout leur variété, le diagnostic s'égare très rarement : le malade a des frissons violents qui se répètent, le premier jour, à intervalles plus ou moins rapprochés et qui sont suivis de sueurs profuses envahissant de préférence les membres inférieurs. Mais il accuse surtout une céphalalgie intolérable, le plus souvent, avec douleurs sus-orbitaires et sensation de constriction et d'écrasement au niveau des tempes ; une courbature qui se manifeste par des douleurs sourdes, siégeant le long du rachis et plus particulièrement dans la région lombaire, dans les articulations, surtout dans l'articulation du genou, dans les muscles de la cuisse, de la jambe, et dont la conséquence est un affaiblissement général qui peut aller jusqu'à la syncope.

Dans ces cas-là, les signes stéthoscopiques sont variables suivant les individus et les circonstances. Mais il est exceptionnel qu'on ait à constater l'existence précoce d'une pleurésie sèche bilatérale.

Mais, le plus souvent, la grippe a des phénomènes

nes précurseurs qui simulent ceux d'une maladie aiguë, de la bronchite ordinaire en particulier : l'individu frappé continue le cours de ses occupations et ne s'alite guère que le 3^e ou le 4^e jour ; parfois même, si les symptômes de la grippe sont peu douloureux, s'il est lui-même d'une constitution très robuste, il reste debout, vaquant à son travail et ne soupçonnant pas son état de maladie. Subitement, sans aucun motif appréciable, de sa part du moins, puisqu'il se croit en bonne santé, il ressent un premier point de côté auquel il prête d'autant moins d'attention qu'il est de courte durée. La récidive ne se fait pas attendre, mais s'accompagne, cette fois, d'une douleur lancinante et qui va se manifester en un seul ou simultanément, en plusieurs points spéciaux qui deviennent pour ainsi dire des foyers d'élection. Ces points qui, le plus souvent, envahissent les deux côtés de la poitrine, sont : les points diaphragmatiques sous-mammaires, rétro-mammaires, rétro-sternal supérieur, interscapulaires, cervico-claviculaires.

Ainsi se trouve écartée de suite, sans autre recherche différentielle, toute idée de pleurésie aiguë séro-fibrineuse, avec son point de côté unique.

De plus, outre leur fixité, ces foyer maximum présentent les caractères suivants, qui ont, d'ailleurs, la plus grande analogie avec ceux que nous offre la pleurodynie. Mais nous verrons plus loin comment,

en revanche, outre certains autres signes physiques concomitants, l'auscultation seule permet de distinguer cette affection de la pleurésie sèche bilatérale.

1° Les mouvements sont pénibles : aussi bien ceux qu'exigent la respiration, les efforts répétés de toux et d'éternuement, que ceux ayant pour but de fléchir la tête sur le tronc ou le tronc sur les membres inférieurs. Le malade sait apprécier à l'avance ceux qui vont déterminer la contraction musculaire la plus forte et par suite occasionner chez lui la crise douloureuse la plus violente. Aussi, manœuvre-t-il pour en diminuer l'étendue ou les supprimer complètement s'il le peut. Un des résultats les plus fréquents, c'est qu'il ne respire plus qu'à des intervalles très éloignés, lorsqu'il y est absolument forcé.

2° La pression avec un seul doigt au niveau d'un foyer quelconque, augmente la douleur,

3° La pression large, au contraire, avec la main, par exemple, empaumant un vaste champ musculaire, diminue la douleur.

Quant à la durée de ces douleurs, elle est extrêmement variable. Tantôt le point disparaît dès le lendemain, soit définitivement, soit pour reparaitre, quelques jours après, au même lieu d'élection ou en un lieu différent. Dans l'observation IV, de M. Morel-Lavallée, le 17 septembre, chez une jeune femme de 30 ans, douleur sous-mammaire qui n'existe plus le

lendemain ; mais le 20, apparition d'une douleur sous-scapulaire droite.

Tantôt elle persiste pendant des semaines et même des mois. Dans l'observation VI, une dame de 40 ans est prise de points de côté bilatéraux, le 10 octobre. Au commencement de décembre, elle en souffre encore autant. — Une petite fille de 6 ans, atteinte en 1896 de pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale, a conservé ses points douloureux pendant 5 semaines, sans aucune accalmie.



II

L'auscultation, à son tour, va nous fournir des éléments indiscutables de diagnostic : à eux seuls, ils sont, du reste, toute la maladie.

De nos jours, on regarde couramment comme axiomes :

1° Que toute pleurésie sèche, surtout bilatérale, est tuberculeuse, quelquefois arthritique, à moins qu'elle ne soit une complication limitée, locale, de lésions cortico-pulmonaires.

2° Que la pleurésie sèche, idiopathique, primitive, n'existe pas.

3° Que son siège habituel est le sommet du poumon. « La pleurésie sèche est secondaire, dit Fernet, elle siège d'ordinaire au sommet... Elle est due à de petites phlegmasies partielles déterminées par l'apparition de granulations sur la membrane séreuse... Son existence au sommet indique d'une façon presque certaine la présence de tubercules pulmonaires. »

L'existence, bien confirmée par l'auscultation, d'une forme de pleurésie sèche bilatérale due à la grippe est donc grosse de conséquences. Aussi cherchons-nous, dans un chapitre spécial, à établir

quelle part il faut attribuer à la tuberculose, au point de vue du pronostic éloigné de ces pleurésies et de la *restitutio ad integrum*.

De même que les points douloureux ne se manifestent pas pendant les trois ou quatre premiers jours de la maladie, de même les bruits respiratoires ne sont nullement modifiés pendant la même période. Mais, vers le cinquième jour environ, il est facile de constater que l'inflammation a commencé son œuvre. Partie d'un point, souvent impossible à déterminer, elle envahit peu à peu toute l'étendue des deux séreuses pulmonaires.

1° Des deux côtés de la poitrine, l'oreille perçoit aux deux temps de la respiration des bruits très superficiels, irréguliers, rugueux, inégaux, semblant accompagner les mouvements d'ascension et de descente du thorax : ce sont les frottements pleuraux caractéristiques.

Ils sont produits, soit par le glissement, l'une sur l'autre, pendant l'inspiration et l'expiration, des surfaces pleurales dépolies et rugueuses, soit par le froissement des fausses membranes développées dans les plèvres. Ces frottements sont très légers, en quoi ils se distinguent nettement de ceux qu'on perçoit à la période finale ou de résolution d'une pleurésie aigue séro-fibrineuse, alors que l'épanchement commence à se résorber et dont le son rappelle plutôt le bruit de râpe ou le bruit de cuir neuf. Mais ils sont parfois si tenus qu'il devient très

difficile de bien les qualifier. Il arriverait souvent qu'on les prenne pour des râles sous-crépitaⁿts très fins, s'ils ne présentaient, en outre, ce caractère différentiel de ne pas être modifiés par la toux. Parfois, au contraire, ils sont intenses, mais leur timbre n'est pas altéré : ils restent doux.

Mais ce qui contribue encore bien davantage à les caractériser, c'est l'intégrité concomitante du parenchyme pulmonaire, intégrité qui n'ad'ailleurs sub aucune atteinte pendant les premiers jours. En effet, concurremment avec ces frottements pleuraux si nombreux et de tout calibre, le murmure respiratoire demeure d'une pureté remarquable : un premier bruit (bruit d'inspiration) doux, moelleux, aspiratif, trois fois plus long et plus fort que le second bruit (bruit d'expiration) qui est, au contraire, faible, court et à peine perceptible.

Parfois cependant, une légère augmentation du fremitus vocal semblerait indiquer une participation superficielle du cortex au processus congestif. Cette modalité particulière s'accompagne alors d'une légère submatité dans la région où le retentissement de la voix semble plus marqué.

Les frottements, dits de retour, de la pleurésie séro-fibrineuse, eux, s'accompagnent presque toujours d'une diminution plus ou moins marquée du murmure respiratoire dans la zone supérieure au point où ils se font entendre.

2° Les frottements pleuraux de la pleurésie sèche bilatérale, quoique se produisant au niveau de la surface entière des deux poumons, paraissent plus particulièrement affectionner une certaine zone qu'on peut qualifier de zone d'élection (de même que nous avons reconnu à la douleur des foyers maximum ou foyers d'élection) : le sommet se trouve près du creux axillaire ; la base est assez bien représentée par les attaches costo-diaphragmatiques ; la branche antérieure descend un peu obliquement vers l'ombilic ; la branche postérieure vient aboutir à deux travers de doigt de la colonne vertébrale. Cette dernière détermine ainsi entre elle et la colonne vertébrale une zone verticale où la respiration reste normale.

L'intensité des frottements semble diminuer de haut en bas.

Le malade étant assis, la percussion révèle une matité presque absolue dans la zone d'élection des frottements et limitée par une courbe parabolique et non point par une ligne de niveau. La sonorité reste normale dans cette zone verticale où nous avons vu que la respiration n'était pas altérée.

Pour donner une explication du processus qui préside à la formation de cette zone ainsi délimitée, nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter aux leçons de clinique médicale de Peter les quelques lignes suivantes :

« La pleurésie sèche des auteurs modernes est une pleurésie sans épanchement, mais avec un exsudat sero-fibrineux, lequel est suffisamment fluide pour se mouler, en y adhérant aux parties qui sont déclives dans le décubitus sans être assez fluide pour se réunir en une collection liquide, à la base de la poitrine. »

A côté de quelques cas où les frottements pleuraux disparaissent après deux, trois ou quatre jours d'existence, ce qui les expose d'ailleurs, à passer bien souvent inaperçus, il en est d'autres, plus nombreux, où ils peuvent s'entendre longtemps, après que la grippe, cause initiale de la pleurésie sèche bilatérale a disparu. Chez certains malades, on en a observé qui ont duré plus d'une année. Il est très fréquent d'en rencontrer qui persistent de trois à neuf ou dix semaines.

Très souvent, les points douloureux qui, eux aussi, comme nous l'avons dit plus haut, sont tenaces, prennent fin en même temps que les frottements pleuraux.



III

Outre ces deux premiers caractères :

1^o Début insidieux (le catarrhe grippal initial se produit souvent sans que le malade y prête une grande attention et passe même parfois complètement inaperçu) ;

2^o Bilatéralité des signes de pleurésie sèche.

La pleurésie sèche bilatérale grippale nous en offre un troisième également très important à connaître :

Malgré l'intensité, souvent très marquée, des douleurs, malgré le processus inflammatoire, la maladie évolue d'ordinaire dans la plus complète apyrexie. Il ne saurait être question, en effet, du frisson presque constant lorsque la période d'invasion de la grippe est courte et brusque, amenant un refroidissement réel, thermométrique de plusieurs degrés, mais qui coïncide avec une augmentation physiologique de la température intérieure.

C'est un symptôme de début qui appartient bien en propre à la grippe et ceci est d'autant plus évident qu'on est amené à le constater aussi bien dans les formes à prédominance nerveuse ou à prédominance gastro-intestinale que dans les formes à prédominance thoracique. D'ailleurs, il manque très souvent

quand, le début de l'affection étant plus lent, la fièvre grippale met deux à trois jours à atteindre son maximum.

La température reste donc normale pendant le cours de la maladie. C'est pourquoi, dans nos observations, nous avons volontairement omis de la mentionner ainsi que c'est l'habitude. La courbe que nous aurions décrite n'aurait présenté aucune oscillation intéressante à noter — ni ascension — ni défervescence.

De plus, l'appétit est entièrement conservé, sauf, bien entendu, les cas, comme deux de ceux que nous relatons, où les malades sont antérieurement atteints d'une affection de l'estomac qui apporte des perturbations dans l'accomplissement des fonctions digestives.

Si le malade a la langue sale, s'il a de l'inappétence, ce sera presque exclusivement dans les premiers jours de sa maladie, c'est-à-dire pendant la période purement grippale, ou alors il faudra songer à des phénomènes nerveux (excitation, crises de nerfs, insomnie, sommeil troublé de cauchemars) qui, par retentissement sur l'état physique du malade viennent troubler passagèrement la régularité de l'alimentation.

En conséquence, l'état général des sujets reste excellent. Beaucoup de malades même, pendant ce séjour prolongé au lit, engraisseraient d'une façon très appréciable.

IV

Ces symptômes spéciaux à la pleurésie sèche bilatérale s'accompagnent, surtout au début, de certains signes de grippe qui paraissent se rencontrer avec une fréquence plus marquée.

Ce sont :

1° La raucité de la voix qui va souvent jusqu'à l'aphonie complète, symptôme fort opiniâtre et qui a été maintes fois observé pendant l'épidémie de 1889-1890. M. le Dr Morel-Lavallée, en particulier, l'a très fréquemment rencontré chez les femmes qu'il eut à soigner en juillet-août 1895, à l'infirmerie de la Maternité, pour des grippes oculo-naso-laryngées.

L'inflammation de la muqueuse du larynx se propage souvent à la trachée qui est alors le siège de picotements très désagréables, d'une cuisson pénible qui donne la sensation d'un corps étranger qui chercherait à s'introduire dans cet organe.

2° Parfois, au contraire, on constate une maturation précoce du catarrhe grippal, en quelques heures (voir l'observation II).

Les crachats, au lieu de se présenter sous forme d'un mucus diaphane, séreux, ainsi qu'il est constant dans la première période du rhume vulgaire ou

période de congestion, sont épais, opaques, verdâtres, signes caractéristiques qui appartiennent à la seconde période ou période de sécrétion.

3° La toux, si elle existe, survient au début. Elle est alors sèche, quinteuse, pénible.

La dyspnée peut se manifester avec des degrés d'intensité extrêmes. Le plus souvent, elle est presque nulle, nullement proportionnelle à l'étendue ou à la violence de la phlegmasie pulmonaire. D'autres fois (on a alors la forme de grippe dite suflocante ou asphyxiante) elle rappelle l'aspect des dyspnées d'origine toxique.

4° Enfin, il n'est pas rare de constater des hémorragies, des métrorragies. M. le D^r Morel-Lavallée nous a dit avoir observé trois fois un épistaxis assez abondant.



V

La pleurésie sèche bilatérale grippale peut revêtir un type aigu, subaigu ou ambulatoire. C'est ce dernier qu'elle paraît adopter le plus souvent.

Elle évolue de bas en haut, par poussées successives ; l'inflammation intéresse toute l'étendue des deux sereuses, ou se confine en certains points de prédilection qui peuvent ne pas être symétriques de chaque côté de la poitrine.

La récurrence est la règle habituelle : les frottements pleuraux, comme les foyers maximum, disparaissent et reparaissent à intervalles plus ou moins éloignés, soit dans le cours de la maladie, soit longtemps même après la guérison.

Nous ne saurions trop insister sur la particularité de ce symptôme. Voici, en effet, un malade qui se présente à nous pour la première fois. Nous constatons, à l'auscultation, des frottements bilatéraux assez diffus. L'intégrité de la respiration est conservée. La sonorité est normale dans toute la poitrine. Nous ne trouvons pas, dans la recherche des antécédents, aucune trace de fièvre s'étant manifestée d'une façon aiguë, ou, chaque jour, d'une façon régulière : pas de sueur, pas d'amaigrissement.

Ironons-nous, malgré cette absence de signes si précieux par leur importance au point de vue du diagnostic, accuser la tuberculose ? Allons-nous incriminer le bacille de Koch sans songer qu'une grippe antérieure et de date même éloignée, peut avoir été la cause initiale de cette pleurésie sèche bilatérale qui récidive aujourd'hui d'une façon plus marquée que lors de la première apparition. Et encore nous avons supposé dans ce cas que les frottements étaient répandus sur toute la surface du parenchyme pulmonaire ; mais envisageons le cas où ces frottements se sont localisés aux deux sommets. Nous ne trouvons toujours rien dans les antécédents physiologiques qui puisse faire seulement soupçonner l'existence de la tuberculose. Nous sommes alors dans l'alternative de conclure :

Soit pour un kyste hydatique pleuro-pulmonaire. Mais il est d'une telle rareté dans nos climats, qu'il est, pour ainsi dire, négligeable.

Soit pour une pleurite d'origine arthritique. Or, la polyarthrite fébrile s'accompagne de pleurésies avec épanchement. De plus, elle ne laisse d'adhérences pleurales que lorsque ces pleurésies se sont compliquées, surtout chez les enfants, de troubles cardiaques très graves.

Dans ce cas, les récidives sont fréquentes et donnent lieu très rapidement à des désordres pouvant entraîner la mort, tels que : symphyse cardia-

que, endocardite, congestions pulmonaires totales.

Soit pour une pleurite, comme il est fréquent d'en rencontrer chez les goutteux ou les gens atteints de rhumatisme vague, sans aucune localisation fixe. Mais ces plaques de pleurite avec frottements ou avec symphyse qui pourraient s'observer chez ces individus persistent, en général, bien moins longtemps et l'on ne peut alors affirmer le diagnostic par la seule existence des râles sous-axillaires, vertiges de pleurite chez les arthritiques.

Encore, s'il était possible de noter parmi les antécédents les traces d'une affection aiguë, l'esprit pourrait envisager la possibilité d'une broncho-pneumonie avec dilatations bronchiques, ou d'ilots tuberculeux peu nombreux et très limités, ayant guéri par sclérose.

Mais il n'est rien de tout cela et l'expérience quotidienne nous apprenant, comme dit Jaccoud :

« Que les pleurésies sèches du sommet sont l'indice à peu près certain d'une tuberculose actuelle ou imminente et qu'en dehors de cette condition, la pleurésie sèche occupe de préférence la base de la cavité pleurale ou la région latérale et antérieure », l'idée de tuberculose s'impose à nous. Par suite, d'après ce diagnostic, nous instituons un traitement de la tuberculose, approprié à l'individu et aux circonstances au milieu desquelles il se meut.

Mais, et c'est là où nous voulons en arriver,

en présence de cette nouvelle manifestation de la grippe, (pleurésie sèche bilatérale) on se demande s'il ne faut pas, bien souvent, incriminer plutôt une seule entité morbide comme la grippe, que de regarder de suite la tuberculose, l'arthritisme, le rhumatisme comme produisant exclusivement ces râles et ces frottements caractéristiques. Ces affections auxquelles on attribue le maximum de ces manifestations n'en provoqueraient-elles pas, au contraire, le minimum ?

Les célèbres râles sous axillaires dès arthritiques ne seraient-ils pas consécutifs à une pleurésie sèche grippale antérieure ?

Des études bactériologiques, poussées dans ce sens, arriveraient peut-être à démontrer ce que la clinique vient de nous faire soupçonner. Elles nous montreraient : un processus inflammatoire produit dans la séreuse pulmonaire par des microbes autres que le bacille de Koch,

Ces microbes, très banals, déterminant des lésions et des symptômes identiques, soit par eux-mêmes, soit par les toxines sécrétées,

Des affections diverses, ordinaires, la bronchite, par exemple, cause initiale de ces symphyse, de ces brides qui paraissent aujourd'hui être le résultat d'un travail inflammatoire du à un seul et unique agent.

On objectera sans doute à cette manière de voir, qu'on conçoit difficilement le ou les microbes venant

frapper la plèvre, sans que les organes intermédiaires avec lesquels elle est en contact immédiat et intense ne souffrent pas de leur passage et restent indemnes.

Il y a dix ans, on aurait soutenu qu'une séreuse ne peut pas être malade primitivement, c'est à dire indépendamment du viscère qu'elle recouvre. A l'appui de cette thèse, on aurait cité les congestions pulmonaires corticales atélectasiques ; les pléurites constatées un mois après des foyers congestifs centro-pulmonaires douloureux.

Depuis, l'opinion générale s'est modifiée et l'on a admis la pénétration du bacille à travers les tissus sains, comme le phénomène se produit si souvent dans la péritonite tuberculeuse.

A défaut de la bactériologie, l'anatomie pathologique aurait peut-être pu nous guider dans cette voie encore obscure, qu'elle eût éclairée de faits palpables et par cela même indiscutables. Le hasard ne nous a pas été favorable sur ce point et, n'ayant jamais eu à faire l'autopsie d'un malade mort pendant le cours d'une pleurésie sèche bilatérale, le champ des suppositions reste ouvert à notre imagination. Dans un avenir prochain, nous verrons peut-être se dessiner entre toutes ces idées le lien très net que nous ne pouvons que supposer.

VI

Comme dans la pleurésie sèche ordinaire, la pleurésie sèche bilatérale se termine le plus souvent par adhérence, par résolution. Comme le dit fort bien Jaccoud :

« Ces symptômes subjectifs disparaissent rapidement, les frottements pleuraux persistent, de plus en plus faibles et s'éteignent complètement, à moins que les adhérences ne soient assez lâches pour permettre l'excursion respiratoire du segment pulmonaire correspondant. »

Que vont devenir ces adhérences pleurales et quels désordres physiologiques leur persistance peut elle amener ?

Tantôt, elles n'ont aucune action nocive. Mais le plus souvent, elles déterminent, au niveau des points où elles se trouvent fixées, des tiraillements dont le caractère douloureux s'exagère, soit par les mouvements respiratoires, l'expansion du poumon se trouvant limitée par le fait de leur présence, soit par les mouvements de flexion ou de rotation du tronc. Plus les surfaces de glissement des deux feuillets sérieux seront considérables et plus les adhérences pleura-

les en ces régions seront gênantes. C'est ce qui a lieu dans les régions antéro-latérales de la poitrine.

Le pronostic immédiat de la pleurésie sèche bilatérale découle de tout ce que nous venons de dire : il offre d'autant moins de gravité que tous les symptômes physiques sont eux-mêmes très bénins, à part toutefois la douleur.

Quant au pronostic éloigné, quant à savoir au juste ce que vont devenir les sujets atteints de pleurésie sèche bilatérale grippale, quelles lésions consécutives peuvent atteindre leur appareil respiratoire, il est très difficile de se prononcer d'une façon bien ferme, les faits sont nouveaux et de nombreux malades demeurent encore en observation.

Quoi qu'il en soit, nous devons envisager plusieurs catégories de malades, parmi ceux atteints de pleurésie sèche bilatérale :

1° Des malades qui sont à la première période de la tuberculose (doués d'antécédents héréditaires suspects, les sujets, jeunes d'ordinaire, depuis quelque temps ont maigri, pâli, se sentent un peu essouffés. Dans la nuit, quelques sueurs, fugaces. Avec cela, une petite toux sèche, rebelle.)

Chez ceux-là nous n'avons à intervenir que pour combattre la douleur.

2° Chez les sujets qui présentent un terrain franchement tuberculeux, la pleurésie sèche n'est

qu'un épiphénomène venant se surajouter aux complications pulmonaires préexistantes et ne nécessite pas l'application d'un traitement spécial

3° Mais la plus grande réserve doit-être observée chez certains sujets qui, à côté de symptômes propres à une tuberculose envahissante, mais cependant peu prononcés (ni hémoptysies, ni fièvre) présentent à l'auscultation des frottements pleuraux, localisés surtout aux deux bases, des points douloureux rétro-mammaires, diaphragmatiques, interscapulaires particuliers à la pleurésie sèche grippale, etc. Le diagnostic différentiel est excessivement difficile et le doute sera obligatoire tant qu'on aura pas fait subir à ces malades l'épreuve de la tuberculine.

Tous les efforts devront tendre à établir si la cause de cette pleurésie actuelle, inconnue, mais fortement soupçonnée d'être la grippe, est encore en activité.

Car il y a deux indications thérapeutiques différentes à remplir : ou combattre cette cause initiale elle-même ou soigner ses déterminations pleurales.

Dans le premier cas, le malade étant au repos au lit, se trouvera bien de l'emploi à l'intérieur de l'antipyrine à la dose de 1 à 2 grammes par jour, du sulfate de quinine à la dose de 0,50 centigr. par jour, pendant plusieurs jours. La révulsion ne devra pas être négligée : aux points douloureux, des sinapismes, des badigeonnages de teinture d'iode, des pointes de feu, des ventouses sèches ou scarifiées. Si les malades

présentent, en outre, des phénomènes dyspnéiques et nerveux très prononcés, on aura de bons résultats avec les injections sous-cutanées de morphine ou le bromure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Si les douleurs affectent la forme de névralgies intercostales, l'électricisation amènera un grand soulagement.

Mais, au dire de M. le D^r Morel-Lavallée, il faut mettre en première ligne comme médicament vraiment efficace le salicylate de soude à la dose de 2 à 6 grammes par jour.

Dans le second cas, il faut s'opposer énergiquement à la formation de brides, de symphyses, de plaques qui deviennent un obstacle à la liberté des mouvements respiratoires, par l'exercice physique modéré, la gymnastique raisonnée, le massage du thorax, la marche, l'usage des haltères, l'escrime, la natation, tous exercices qui, par les divers mouvements qu'ils nécessitent, vont dilater les creux sous et sus-claviculaires et tendre plus ou moins directement à l'augmentation de la capacité respiratoire.



OBSERVATIONS

Observation 1

Grippe. — Pleurésie sèche bilatérale.

(Personnelle)

La nommée F..., âgée de 20 ans, demoiselle de magasin, entre le 19 novembre 1897, à l'hôpital Andral, salle des femmes, lit n° 17, dans le service de M. le Dr Morel-Lavallée qui remplace M. le Dr Mathieu, alors en congé.

La malade est entrée pour faire soigner son estomac dont elle souffre depuis six mois environ.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 61 ans d'un cancer de l'estomac. Sa mère, âgée de 50 ans, est vivante et se porte bien. Elle n'a jamais eu ni frère ni sœur.

Antécédents personnels. — La malade, interrogée, ne trouve rien de particulier à signaler pendant son enfance.

Elle a été réglée à 13 ans. Depuis cette époque, elle a été atteinte d'anémie pour laquelle on lui a ordonné dit-elle, du fer, du quinquina. On lui faisait prendre également, de temps à autre, une potion bromurée.

Etat actuel. — C'est une fille de taille moyenne, assez

robuste. Elle a, depuis quelques jours, de nombreux vertiges qui lui font craindre à tout moment d'avoir une syncope. Elle ressent une grande faiblesse dans les jambes et se plaint souvent, surtout, le matin, d'une violente douleur de tête, en casque. Son sommeil est agité et troublé par des cauchemars, mais jamais par des rêves professionnels. Parfois des crampes douloureuses dans les muscles des jambes la réveillent en sursaut. Elle a parfois des accès de neurasthénie. Elle ne tousse pas. Ses règles, forts irrégulières, la font beaucoup souffrir. Une leucorrhée, abondante depuis 6 mois, augmente d'ailleurs ses souffrances. Son poids est de 48 kil. 500.

Jusqu'au 4 décembre 1897, elle est soignée dans le service pour une affection de l'estomac : elle reste au lit et est soumise au traitement suivant : lait, bicarbonate de soude, magnésie.

Le 4 décembre, frisson intense, douleurs contusives dans les articulations, plus marquées dans la région lombaire, courbature générale, céphalalgie violente, pas de fièvre ; dans la journée éclate une crise de nerfs ; une injection sous-cutanée de morphine amène un sommeil de quelques heures, agité. La malade est en proie à des hallucinations. A son réveil, crise passionnelle des plus violentes, à la suite de laquelle on lui administre un lavement de bromure de potassium, 3 grammes.

Le 5 décembre, La conjonctive est rouge ; le coryza débute, accompagné d'éternuements fréquents. La céphalalgie augmente. La langue est sale. La malade a de l'inappétence. La muqueuse du larynx est enflammée, d'où une petite toux sèche, une voix rauque et très faible. La res-

piration est légèrement oppressée. A l'auscultation on constate, aux deux bases, de nombreux râles sous-crépitaux très fins de congestion. A la percussion, submatité aux points où l'on entend ces râles ; on applique quelques ventouses.

6 décembre. — Apparaît un premier point de côté très douloureux, sous le sein droit, au niveau des fausses côtes dans le cul de sac pleural antéro-latéral droit. L'auscultation révèle l'existence en cette région de frottements très légers, irréguliers, perceptibles aux deux temps de la respiration.

7 décembre. — La douleur occasionnée par le point de côté augmente d'intensité. On fait à ce niveau une application de pommade gaïacolée. Les frottements n'ont pas varié.

8, 9, 10 décembre. — Même traitement. Les symptômes précédents persistent tous, mais la douleur paraît s'être un peu calmée sous l'influence de la pommade appliquée.

11 décembre. — La malade, dont l'état s'est pendant ce laps de temps, beaucoup amélioré au point de vue de l'estomac, recommence à se plaindre de son côté droit. De plus, vient d'apparaître un deuxième point douloureux sous la clavicule droite.

12 décembre. — Douleurs de plus en plus violentes dans le côté droit. On remarque que les points douloureux semblent suivre assez régulièrement le trajet des branches du nerf phénique.

13 décembre. — Névralgie diaphragmatique très nette. A l'auscultation, frottements dans le triangle sus-clavicu-

laire droit. En arrière et du même côté, frottements dans toute la hauteur.

14 décembre. — De nouveau, le point de côté situé sous le sein droit est très douloureux. Les frottements sont très marqués dans le cul-de-sac médiastinal antérieur et dans le creux sus-claviculaire. On en perçoit également, en arrière, dans la gouttière vertébrale et dans le cul-de-sac médiastinal postérieur.

15 décembre. — L'état de la malade reste sensiblement le même.

16 décembre. — Apparition d'un premier point de côté, à gauche, sous le sein, identique à celui situé sous le sein droit. Les frottements sont très marqués à ce niveau. L'auscultation du cœur ne révèle rien que de normal. Les frottements persistent à droite et en arrière. Application sous le sein gauche de pommade gâicoolée.

17 décembre. — Même état.

18 décembre. — L'état pleural reste stationnaire, mais la malade souffre beaucoup, de choqe côté, au niveau de la région sus-claviculaire et sous le sein.

21 et 22 décembre. — Etat toujours stationnaire.

23 décembre. — La malade a une crise de nerfs, accompagnée d'hallucinations. Comme conséquences, elle accuse de la courbature générale, de la faiblesse. La douleur du côté droit augmente à nouveau.

25 décembre. — Ventouses en arrière dans toute la hauteur et sur le côté droit.

26 décembre. — Ventouses au côté gauche. Les frottements demeurent les même.

Du 27 décembre au 31 décembre, la malade se plaint un

peu moins de ses points douloureux, mais à l'auscultation, toujours des frottements, en avant et en bas, sous le sein, en haut, sous la clavicule et dans la région sous-axillaire. Ces frottements sont moins accentués du côté gauche.

1^{er} janvier 1898. — Pour la première fois, on soumet le côté droit à l'électrisation, avec un courant de très faible intensité. Aucun résultat appréciable le jour même.

2 janvier. — La malade accuse du soulagement.

3, 4, 5 janvier. — Les séances quotidiennes d'électrisation n'amènent plus aucune amélioration.

6, 7, 8 janvier. — Aucune séance de faradisation. Aucun traitement. Etat stationnaire, avec un peu de mieux à droite, cependant.

9, 10 janvier. — Les frottements pleuraux et les points douloureux ont presque totalement disparu.

13, 14, 15 janvier. — Persistance à droite de frottements excessivement superficiels et qu'on a de la peine à différencier d'avec des râles sous-crépitaux très fins, à la base et au sommet. On essaie une dernière séance d'électrisation.

19 Janvier. — Il ne reste plus de tout le cortège symptomatologique que quelques frottements à la base droite et quelques douleurs irrégulières sous le sein du même côté. La malade commence à manger l'ordinaire de l'hôpital.

Pendant tout le cours de maladie, on n'a jamais constaté une seule fois l'élévation de la température au-dessus de la normale.

21 Janvier. — La malade quitte l'hôpital sur sa demande. Elle n'accuse plus aucune douleur. L'auscultation ne révèle aucun frottement ni à droite, ni à gauche.

Observation 2

Grippe. — Pleurésie sèche bilatérale (Personnelle)

La nommée M..., âgée de 30 ans, couturière, entre le 25 novembre 1897, à l'hôpital Andral, salle des femmes, lit n° 19, dans le service de M. le Dr Morel-Levallée qui remplace M. le Dr Mathieu, alors en congé.

Comme la précédente, cette malade est entrée pour une affection de l'estomac qui lui est survenue il y a déjà un an.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 50 ans d'une maladie de cœur. Sa mère souffre de l'estomac depuis longtemps. Ni frère, ni sœur.

Antécédents personnels. Elle ne se rappelle pas avoir fait une seule maladie. A 14 ans, elle a eu à maintes reprises des crises nerveuses, à la suite desquelles il lui est survenu une anesthésie gauche qui a duré quelques mois. A la même époque, elle a souffert d'une pseudo-coxalgie. Actuellement encore les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont parfois douloureux. Il existe également des douleurs névralgiques au niveau de la région sus-pubienne. Elle a pris pendant très longtemps du bromure de potassium, du fer, du quinquina, etc.

État actuel. — C'est une femme petite, d'aspect malingre, mais nullement entachée de tuberculose.

Du 25 novembre au 4 décembre, elle est traitée spécialement pour son estomac dont l'état ne paraît pas s'améliorer.

4 Décembre. — Apparition de la grippe chez notre malade, qui présente les symptômes suivants :

Affaiblissement musculaire, remarqué déjà depuis plusieurs jours ; sensation de profonde lassitude ; céphalalgie frontale constante ; douleurs et crampes dans tous les membres, douleurs musculaires du cou ; excitation, hallucinations ; quelques vomissements bilieux. Etat saburral de la langue. Amygdalite légère. Rate volumineuse et douloureuse.

5 Décembre. — Le mal de tête augmente d'une façon épouvantable. Etant donné le mauvais état de l'estomac, administration d'un gramme d'antipyrine en lavement.

6 décembre. — La malade accuse un point de côté à gauche, très douloureux, au niveau du 5^{me} espace intercostal. L'auscultation révèle l'existence en ce point de frottements pleuraux très intenses et très nombreux, contrastant ainsi d'une manière très remarquable, avec la pureté et la régularité du murmure vésiculaire. A la percussion, submatité très nette. Cette douleur s'exagère si l'on promène un seul doigt, le long de l'espace intercostal frappé. Elle diminue, si l'on exerce à ce niveau, une large pression à l'aide de la paume de la main ouverte. Les mouvements du tronc, surtout les mouvements brusques, augmentent cette douleur.

Petite toux sèche, se répétant à intervalles irréguliers. Vers la fin de ce jour, l'expectoration qui s'était composée jusque là de crachats aérés incolores et peu nombreux, augmente et change de caractère : les crachats sont jaunes, verdâtres. Il y a eu là une maturation précoce, en quelques heures, contrairement à ce qui a lieu dans le rhume vulgaire.

Application de 6 ventouses sèches dans la région douloureuse.

7 décembre. — Les ventouses n'ont amené qu'un soulagement très minime et la malade se plaint toujours beaucoup du côté gauche. Badigeonnage à la teinture d'iode. Un lavement de 1 gramme d'antipyrine provoque une amélioration dans l'état général. La malade repose quelques heures vers la fin de la journée.

8 décembre. — Les frottements sont un peu moins intenses. La malade prend un lavement d'un gramme d'antipyrine.

9 décembre. — Douleurs très violentes dans la région lombaire. Application de teinture d'iode. Lavement d'antipyrine.

Du côté gauche, en arrière, des frottements très superficiels, dans toute la hauteur, apparaissent.

10 décembre. — Deux ventouses scarifiées au niveau de la région lombaire. Lavement d'antipyrine.

• 11 décembre. — Douleur violente au creux épigastrique. Lavement d'antipyrine.

12 décembre. — La malade souffre beaucoup moins.

13 décembre. — L'amélioration s'accroît. La malade a dormi la majeure partie de la nuit. Lavement d'antipyrine.

14 décembre. — Excitation très grande. Lavement de 1 gramme d'antipyrine, plus 3 grammes de bromure de potassium.

A l'auscultation, frottements très nets, du côté droit, à la base et au niveau du cul de sac costo-diaphragmatique, avec légère submatité.

15 décembre. — Vomissements bilieux, précédés de

naussées douloureuses. La malade est très abattue. Elle n'a plus aucun sommeil. La céphalalgie a reparu, intense ; la face est grippée, la langue saburrale. Apparition d'un point douloureux interscapulaire ; frottements à ce niveau.

16 décembre. — Tous les mouvements sont douloureux. Lavement de 1 gramme 50 d'antipyrine.

17 décembre. — La douleur est intense dans le dos. A l'auscultation, nombreux frottements, en arrière et des deux côtés. Les phénomènes douloureux sont encore augmentés par le nervosisme auquel la malade est en proie.

18 décembre. — Vomissements.

19 décembre. — Etat pleural stationnaire.

20 décembre. — Vomissements. Exacerbation de la douleur aux creux épigastrique et dans la région interscapulaire. Application de pommade gaïacolée.

21 décembre. — On commence à traiter la malade par le gavage qui sera d'ailleurs continué chaque jour jusqu'au 3 janvier 1898.

22-23 décembre. — Les frottements et les points douloureux sont bien moins marqués, du côté gauche.

28 décembre. — Apparition, à droite, d'un point douloureux, dans la région sus-claviculaire. Frottements à ce niveau et dans la région sous-axillaire.

31 décembre. — Les symptômes morbides ont disparu complètement à gauche. Ils persistent toujours, à droite.

1^{er} janvier 1898. — Etat stationnaire.

3 janvier. — Première séance d'électrisation statique du côté droit.

4 janvier. — La douleur a diminué. 2^e séance d'électrisation.

7 janvier. — Seule, la douleur du creux épigastrique, persiste après les séances quotidiennes d'électrisation. Les frottements ont disparu complètement à droite.

Du 7 au 9 janvier, la malade souffre surtout de son estomac. Cependant elle ressent encore un peu de douleur au creux épigastrique et elle n'en est débarrassée que le 20 janvier. Elle commence à se lever à cette date. Pas plus que dans l'observation I, il n'a été constaté de fièvre, à aucun moment de la pleurésie sèche.

Observation 3

(Publiée par le Dr Morel-Lavallée dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale du 1^{er} décembre 1897)

Au commencement de septembre, une dame L..., âgée de 71 ans, était prise au quatrième jour d'une grippe évidente (et qui avait frappé tout son personnel) de pleurésie sèche bilatérale, progressant de haut en bas couvrant toute la séreuse des deux côtés et qui est en train de disparaître (fin octobre).

Observation 4

(Publiée par M. le Dr Morel-Lavallée, dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale du 1^{er} décembre 1897)

Le 17 septembre, une jeune femme de 30 ans est prise d'une violente douleur sous-mammaire qui disparaît : le

endemain et jours suivants, grippe classique ; coryza, toux, larmoiements, paupières bouffies, fatigue, etc.

Le 20, douleur sous-scapulaire droite intense, point de départ d'une bipleurésie sèche totale qui est encore en évolution subaiguë (neuvième semaine).

Observation 5

(Publiée par M. le docteur Morel-Lavallée, dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale du 1^{er} décembre 1897)

Le 14 octobre, un homme de 45 ans est pris de grippe, courbature et, le lendemain, de bipleurésie sèche qui dure encore, mais, plus heureux que les 2 malades précédentes qui gardent le lit, il n'a pas quitté ses occupations.

Observation 6

(Publiée par M. le docteur Morel-Lavallée, dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale du 1^{er} décembre 1897)

Le 10 octobre, une dame L..., âgée de 40 ans, vivant au milieu d'un foyer grippé, est prise de points de côté bilatéraux (avec frottements pleuraux) qu'elle a encore et cela après quarante-huit heures d'angine.

Tous ces sujets sont, jusqu'à présent insoupçonnables de tuberculose.

Observation 7

(Empruntée à la thèse du Dr Chatellier : De la pleurésie dans la grippe, 1880.)

Grippe. — Bronchite. — Pleurésie sèche.

Pierre B..., âgé de 62 ans, employé à la buanderie de l'hôpital Sainte-Eugénie, entre le 2 février 1880, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, lit n° 10, service de M. Hayem.

C'est un homme robuste qui n'a jamais été malade antérieurement.

Cet hiver seulement, il a toussé d'une façon continue, mais crachant peu, et sans être forcé de se reposer.

Le 30 janvier il a été pris de frissons, de fièvre, et dès l'abord il a éprouvé une douleur vive au côté gauche. Depuis ce jour il a dû rester à la chambre.

Un des internes de la maison, puis le Dr Triboulet, lui ont prescrit un sinapisme au côté gauche et un purgatif.

Etat actuel. — Le malade n'a pas de fièvre. Pouls : 70. T° : 36°7. Son facies n'annonce pas un état général grave ; mais il a un peu de dyspnée. Pas d'agitation. Le seul symptôme sur lequel il attire notre attention ; c'est le point de côté qui le condamne à l'immobilité, qui s'exaspère par la

toux et que la pression réveille. Le maximum de la douleur existe à la partie inférieure de l'aisselle au niveau des dernières côtes. La langue est blanche. Un peu d'inappétence. Le malade tousse beaucoup, mais il n'expectore que quelques crachats aérés, incolores.

Examen du thorax. — En arrière et à droite sonorité normale à la percussion. Quelques râles sibilants et ronflants.

A gauche, submatité de la base, sur une hauteur de 5 travers de doigt seulement. Pas de souffie, pas d'égophonie.

Dans les parties où le son a diminué on constate quelques frottements légers ; plus haut on trouve des râles sibilants et ronflants.

En avant la poitrine est sonore des deux côtés ; quelques râles de bronchite disséminés, mais moins nombreux qu'en arrière. Rien dans l'aisselle droite. Dans l'aisselle gauche, submatité en bas et dans un espace limité. Sonorité dans les autres parties. Au sommet de l'aisselle, un peu de rudesse de la respiration. En bas, des frottements très nets, surtout dans les grandes inspirations et dans les reprises qui suivent la toux. Ces frottements sont si évidents que le diagnostic de pleurésie sèche est absolument indiscutable.

4 février. — Le malade continue à tousser et à se plaindre de son point de côté. La pleurésie sèche est très évidente, bien que la bronchite, les symptômes de catarrhe, les signes de la grippe, en un mot, occupent le premier plan du tableau. Julep diacode avec Kermès. 6 ventouses scarifiées au côté gauche. Soir : P. 76. T° 37°4.

Le malade commence à être soulagé. Les mouvements sont cependant encore assez difficiles dans le lit. La céphalgie a diminué.

Le 5. — La toux a diminué. Le point de côté existe, mais atténué. Même apyrexie. Le malade ne demande pas à manger.

Le 6. — Mêmes frottements. Râles de bronchite. Sonorité sur presque tous les points même en bas.

Le 7. — Les frottements s'affaiblissent. On ne les entend plus qu'en bas de l'aisselle gauche. Ils ont complètement disparu en arrière. Les râles de bronchite persistent toujours. Le point de côté a disparu ; il faut une inspiration profonde ou une pression assez forte pour le réveiller. Même traitement : julepdiacode avec 0,15 centigr. de Kermès.

Le 10, le point de côté n'existe plus. Le malade mange et commence à se lever. Encore quelques râles de bronchite et quelques crachats ; mais les frottements pleuraux ne sont plus appréciables.

Le 14. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri. L'état de sa poitrine est excellent. Il espère reprendre immédiatement son travail.

Observation 8

(Empruntée à la thèse du Dr Chatellier, 1880, de la pleurésie dans la grippe).

Grippe, bronchite, pleurésie sèche.

Nicolas V..., 67 ans, cordonnier, entre le 12 février 1880 à l'hôpital St-Antoine, service de M. Hayem. Salle St-Louis, lit n° 6 bis.

Pas d'antécédents à noter, sauf une cystite datant de 1889.

C'est un homme assez robuste en apparence, qui n'a jamais fait de maladie grave. Il ne semble pas avoir contracté d'habitudes alcooliques.

Cet hiver il a toussé assez longtemps et il toussait encore beaucoup lorsque le 9 février, il a éprouvé du frisson, du malaise et une douleur au côté gauche. Il avait en même temps de l'angine, toussait encore plus que les jours précédents et crachait abondamment. La soif était vive, les nuits agitées.

Le malaise, la courbature ont duré deux jours et le malade arrive à la consultation de l'hôpital le 12 février.

Sôn facies indique un état sérieux ; il a une teinte subictérique de la peau et des sclérotiques, les traits un peu grippés, la langue blanche. Cependant la fièvre n'est pas vive. Le soir, P. 88 ; T. 38°3.

Le malade accuse une courbature intense, une grande fatigue, un peu de dyspnée (36 respirations par minute). La toux est fréquente et assez pénible, d'autant plus que chaque effort de toux réveille la douleur du côté gauche.

Le point de côté n'a pas du reste une violence excessive, mais les mouvement l'exaspèrent, ainsi que la percussion sur le côté gauche.

En examinant, nous trouvons des râles de bronchite disséminés, râles sibilants et ronflants des deux côtés. Mais de plus, dans l'aisselle gauche, il existe de la submatité à la partie inférieure et en ce point on entend des frottements pleuraux aux deux temps de la respiration. En arrière et à gauche, au niveau de la pointe de l'omoplate, dans un

point limité, des râles sous-crépitaux fins s'entendent à l'inspiration. Il n'y a pas de diminution de sonorité à la percussion de ce côté. L'urine est trouble ; elle contient un peu de pus, ce qui s'explique par l'existence du catarrhe chronique que le malade nous a signalé.

13 février. Etat semblable à celui de la veille.

Matin, t. 37. Soir, t. 38,5. L'inappétence continue.

Le malade est toujours affaibli, immobile dans son lit.

On lui prescrit un purgatif :

Sulfate de soude : à 15 grammes.

Sulfate de magnésie : —

Julep diacode pour la toux.

Le 14 matin, 37°1. Soir, 37°9.

Le 15 — 36°1. » 37°3.

Le 16 — 36°3. » 37°3. — Un peu moins de courbature. — La bronchite persiste et de même les frottements pleuraux à gauche.

Le 17, matin, 36°3. Soir, 37°3.

Le 18, — 36°. L'état général est assez bon, mais le malade ne désire pas encore prendre de nourriture. En arrière, au niveau de la pointe de l'omoplate, on entend des râles fins, comme au 1^{er} jour et il serait difficile aujourd'hui d'affirmer qu'il ne s'agit pas ici de frottements pleuraux, si l'on ne se souvenait pas du caractère que ce signe présentait au début. Quant aux frottements de l'aisselle, il n'ont pas varié de caractère mais ils occupent un point plus limité qu'au 1^{er} examen. La sonorité est presque devenue normale. On entend toujours des râles sibilants et ronflants. L'expectoration est composée de crachats muqueux et aérés. Soir t° 36°9.

Le 19, matin, t° 36°. Soir, t° 36°9.

Le 20, — t° 36°. Soir, t° 36°8.

Le 21, matin, t. 36°. Soir, 36° 7. Pouls, 52°. Le malade reste toujours au lit, il est un peu abattu ; mêmes crachats, mêmes signes à l'auscultation.

Le 22, matin, t. 36°. A partir de ce moment, on ne prend plus la température.

Le 23. le malade commence à se lever. Les signes physiques sont à peu près les mêmes, mais les frottements sont à peine perceptibles.

Le 28, les râles de bronchite s'entendent encore, mais les frottements n'existent plus. Encore un peu de douleur au côté gauche.

Le 6 mai, le malade, à peu près guéri, demande à sorti. Le point de côté existe encore à l'état de douleur vague, mais il est impossible de constater autre chose à l'auscultation que des râles ronflants et sibilants. La poitrine est sonore dans toute son étendue. L'urine est toujours dans le même état.

Le nommé N..., va reprendre son travail.



CONCLUSIONS

1° La grippe s'accompagne, depuis deux ans, d'une manifestation nouvelle touchant l'appareil respiratoire et non décrite jusqu'ici : la pleurésie sèche bilatérale.

2° Cette pleurésie sèche peut intéresser toute l'étendue des deux séreuses. Son évolution a lieu de bas en haut, par des poussées successives qui se traduisent par des foyers douloureux en des points fixes et par des frottements d'un caractère spécial.

3° L'étiologie de ces pleurésies sèches bilatérales soulève cette question de savoir si des microbes autres que le bacille de Koch peuvent déterminer dans la plèvre des lésions et des symptômes identiques.

4° Le pronostic varie suivant les terrains (vierge de toute tuberculose, franchement tuberculeux ou suspect) sur lesquels ces pleurésies sèches vont évoluer.

5° En tout cas, le traitement de ces seules pleurésies sèches, toute complication pulmonaire mise à part, s'impose.

Vu :

Le Président de la Thèse,

DEBOVE.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ozanam. — Histoire des maladies épidémiques, Lyon, 1835.

Landouzy. — Mémoire sur la grippe, 1837.

Gintrac. — Etude des principales épidémies de grippe, Bordeaux, 1837.

Piorry. — Caractères distinctifs des pneumonies pendant l'épidémie de grippe, Gazette médicale de Paris, 1837.

B. Landau. — Sur la grippe de 1837 et sur la pneumonie considérée comme symptôme essentiel de cette maladie, archives générales de médecine, t. XIII.

Woillez. — D^{re} de diagnostic médical, article grippe.

Graves. — Cliniques médicales, trad. Jaccoud, 1863, I.

Dechambre. — D^{re}, article grippe par Brochin.

Gintrac. — Nouveau d^{re} de médecine et de chirurgie pratiques, article grippe.

Laënnec. — Traité de l'auscultation médicale, tome VI.

Peter. — Leçons de clinique médicale.

Chatellier. — 1880, thèse, de la pleurésie dans la grippe.

Debove. — Pathologie et thérapeutique de la grippe, Revue médicale, janv. 1880.

Debove. — De la grippe, Annales de médecine, 12 octobre 1892.

Peter. — Etude clinique et pathogénique de l'épidémie de grippe actuelle, Bulletin Médical, 19 janv. 1890.

Brocard. — 1890, thèse, De la pleurésie grippale.

Thuvien. — 1884, thèse, Des adhérences pleurales.

Baboun. — 1890, thèse. Des manifestations pleurales de la grippe.

Lugan. — 1891, thèse. Action de la grippe sur le poumon et la plèvre.

Charpentier. — 1894, thèse. De la grippe et de ses complications.

Le Gendre. — Complications et séquelles de la grippe. Concours médical, 11 janv. 90.

Bouchard. — La grippe, ses formes cliniques et ses rapports avec d'autres maladies. Revue générale de clinique, n° 52, 1889, n° 1. de 1890.

Bloch. — Caractères communs et particuliers de 450 cas de grippe épidémique. Revue générale de clinique, 30 janv. 1890.

Morel-Lavallée. — Séméiologie et traitement de la pleurésie sèche. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1^{er} déc. 1897.

Morel-Lavallée. — Pleurésie sèche bilatérale d'origine grippale. Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 2 déc. 1897.

